

**Tartu Ülikool**  
**Psühholoogia Instituut**

**Kairi Tozen-Pütsepp**

**RASEDUSKRIISI NÕUSTAMISE SUBJEKTIIVNE VAJADUS**  
**NING PÖÖRDUMIST MÕJUTAVAD TEGURID**  
**SÜNNITUSEELSEL JA -JÄRGSEL PERIOODIL**

**Uurimistöö**

**Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs**

**Läbiv pealkiri: Raseduskriisi nõustamise subjektiivne vajadus**

**Tartu 2015**

## KOKKUVÕTE

Käesolevas uurimistöös uuritakse rasedate ja hiljuti sünnitanud naiste hinnangut raseduskriisi nõustamise vajalikkuse kohta, sotsiaalse toetuse ja teadlikkuse mõju eelarvamustele ja hoiakutele psühholoogilise nõustamise osas. Samuti käsitlevad hüpoteesid eelneva kogemuse, hoiakute ja kavatsuste vahelisi seoseid psühholoogilise abi poole pöördumisel.

Töö teoreetiline osa annab ülevaate empiirilistes uurimustes vaadeldavatest konstruktidest, mis toetavad raseduskriisi nõustamise kui psühhosotsiaalse kriisinõustamise olemust, sünnituseelse ja –järgse psühholoogilise abi vajalikkust, raseduse ajal kogetud stressi ja depressiooni mõju loote arengule, vastsündinule ning paarisuhtele; samuti sünnitusjärgse vaimse tervise tähtsust.

Uurimuses osales 51 naist, kes olid kas lapseootel või kellel oli sünnitusest möödas kuni 6 kuud.

Tulemustest selgus, et peamisteks põhjusteks raseduskriisi nõustaja poole pöördumisel peetakse rasedusaegsete emotsioonidega toime tulemist ja vanemarolliga kohanemist.

Rasedate ja hiljuti sünnitanud naiste kavatsus pöörduda raseduskriisi nõustaja või psühholoogilise abi poole on seotud hoiakute ja eelarvamuste ning eelneva kogemusega.

Eelarvamused ja hoiakud psühholoogilisest abist on seotud eelneva kogemusega ja sotsiaalse toetuse määraga, kuid pole seotud teadlikkusega teenusest.

Märksõnad: rasedus, raseduskriisi nõustamine, hoiakud, sotsiaalne toetus, teadlikkus, kogemus, kavatsus.

A SUBJECTIVE NEED FOR THE PREGNANCY CRISIS COUNSELING AND  
FACTORS INFLUENCING SEEKING HELP DURING PREGNANCY AND  
POSTPARTUM PERIOD

**ABSTRACT**

Current study researched the subjective need for pregnancy crisis counseling of women who were pregnant or had recently given birth, the effect of a social support and awareness to prejudices and attitudes towards psychological counseling. Also the relationships between previous experience, attitudes and intentions when seeking psychological help.

In the theoretical part of the study there is an overview of the constructs observed in empirical studies, focusing on the pregnancy crisis counseling as the nature of psycho-social crisis counseling, the need of psychological help during pregnancy and postpartum period, the impact of depression and stress during pregnancy on fetal development, on newborn and on couple's relationship, also on the importance of postpartum mental health.

51 women, who were either pregnant or who gave birth up to 6 months ago, participated in this study.

Results showed that the main reasons for turning to the pregnancy crisis counselor are coping with the emotions during pregnancy and adjusting to the parent role.

Attitudes, prejudices and previous experience are linked to the intent of the pregnant women or women who have recently given birth to turn to a pregnancy crisis counselor or seek psychological help.

Prejudices and attitudes towards the psychological help are linked to previous experience and level of social support, but not linked to awareness of the service.

**Keywords:** pregnancy, pregnancy crisis counseling, attitudes, social support, awareness, experience, intention.

## SISSEJUHATUS

### Raseduskriisi nõustamise olemus

Pere planeerimine, rasedus, sünnitus ja kohanemine vanemarolliga võib tuua inimeste elukaarel endaga kaasa muutuse ehk kriisi */crisis – ladina k. pööre või murrang/*.

Raseduskriis on olukord, kus väheneb naise, mehe ja nende lähedaste toimetulek kogemustega, mis on seotud rasestumisega, raseduse katkemise või katkestamise, lapseootuse, lapse sünni ning emaduse ja lapsevanemaks kasvamisega (*mõiste*, SA Väärtustades elu kodulehelt). Rasedusaegse nõustamise temaatikat hõlmavates meditsiinilistes teadusartiklites domineerib ema vaimse tervise (*maternal mental health*) mõiste. See on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, 2008) poolt tõlgendatud kui heaolu seisund, milles ema on teadlik oma võimetest, suudab toime tulla elu stressisituatsioonidega, töötada produktiivselt ning on võimeline panustama ühiskonda. See kätkeb endas eelkõige adekvaatset kohanemis- ja toimetulekuvõimet, mitte lihtsalt vaimse haiguse puudumist.

Raseduskriisi nõustamine on psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduskriisi nõustaja poolt. See hõlmab nõustamist raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil naistele, meestele ja nende lähedastele. Eesmärgiks on psühholoogilise toetuse ning vajaliku teabe pakkumine parema toimetuleku eesmärgil ( SA Väärtustades Elu, 2014, Raseduskriisi nõustaja Kutsestandard, tase 6).

Psühhosotsiaalse kriisinõustamise eesmärk pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal on kaitsta, toetada ja aidata säilitada nõustatavate (perekonna, lähedaste ja fertiilses eas olevate naiste ning meeste) emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu. Nõustamine aitab naiste ja perede toimetulekuvõime juures seoses raseduse planeerimise, lapseootuse ja sünnitusjärgse perioodiga.

Raseduskriisi nõustamist Eestis praktiseeritakse aastast 2006. Sihtasutus Väärtustades Elu kui raseduskriisi nõustamise ellukutsuja ja maaletooja Eestis koordineerib tööd läbi Eesti Haigekassa projekti. Teenus on kliendile ja tema perele tasuta raseduse ajal ja kuni 6 kuud peale sünnitust saatekirja alusel. Saatekirja väljastab ämmaemand, naistearst, perearst,

psühhiaater või muu eriarst. Kui sünnitusest on möödas üle 6 kuu, tasub teenuse eest 100% ulatuses klient.

Psühhosotsiaalne kriisinõustaja nõustab ambulatoorselt ja/või statsionaarselt nii üksikisikuid kui gruppe. Samuti on olulisel kohal valmisolek nõustada kliente/patsiente erakorraliselt kriisiväljakutsena, millele puhul tuleb kriisinõustaja esimesel võimalusel, kuid hiljemalt 24h jooksul kõikidesse Eesti piirkondadesse.

Kriisinõustaja omab raseduskriisi nõustaja täiendkoolituse diplomit Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist, omab või omandab kõrgharidust tervishoiu,- sotsiaal- ja humanitaarteadustes, teoloogias.

Raseduskriisi nõustamise kontseptsioon Eestis on koostatud Inglismaa ja Hollandi mudelite järgi seelses sünnitusabis praktiseeritava psühhosotsiaalse nõustamise osas.

Inglismaal on koostatud juhend, kuidas ära tunda, hinnata, pakkuda toetust ning ravi rasedatele ja sünnitusjärgselt ühe aasta jooksul vaimsete terviseprobleemide puhul (NICE, 2014, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*).

Hollandi mudelist on aluseks võetud Hollandi Abordi Assotsiatsiooni poolt väljatöötatud juhised naiste ja vajadusel nende partnerite nõustamiseks, kes kaaluvad raseduse katkestamist (*Dutch Association of Abortion Specialists*, 2011, *Professional Standards* ).

### **Raseduskriisi nõustamise olulisus**

Rasedus on oluline sündmus nii naisele kui ka teda ümbritsevatele pereliikmetele ning toob endaga kaasa olulisi füsioloogilisi, psühholoogilisi ja elukorralduslikke muutusi, pannes proovile raseda ja tema perekonna kohanemisvõime. Üldjuhul osutuvad kõik ema või lapse kehalise tervisega seotud probleemid olukorrad pikemas perspektiivis naise ja/või lapse psüühilise seisundi mõjutajateks (Dunkel-Schetter & Lobel, 1988, tsit. Rini, jt., 1999 järgi).

Rasedus- ja sünnitusjärgset perioodi loetakse naise elus enim haavatavaks ajajärguks psühhiaatriliste häirete avaldumiseks. Soodsa pinna vaimsete häirete kujunemiseks loovad nii reproduktiivhormoonide taseme nihked naise organismis kui ka mitmed psühhosotsiaalsed faktorid. (Dennis, 2005; Marcus jt., 2003).

On leitud, et lisaks terviseküsimustele on vajadus naisi nõustada ka sotsiaalse ja personaalse arengu toetamiseks (Gagnon, 2000). Sotsiaalse nõustamise olemasolu ja

kättesaadavus tervishoiuteenusena peaks pakkuma suuremaid võimalusi esmahoolduses, ennetustöös, terviseedenduses ja sünnituse innovaatilistes süsteemides (Rizzo & Abrams, 2000).

Kriisiga kohanemist soodustab psühholoogiline toetus professionaalse nõustamise näol. Oluline on, et pered saavad abi nii sünnituseelsel kui –järgsel perioodil, mis vähendab sünnitusjärgse depressiooni väljakujunemise riski (Liabsuetrakul, jt., 2007).

Naise emotsionaalne seisund ja selle hindamine on sünnitusabi valdkonnas üle maailma üks valukohti. On oluline omada teadmist, kas 2010.a. uurimusest (Halus) selgunud vajadus rasedusaegse psühholoogilise nõustamise järele vastab raseduskriisi nõustamise teenuse sihtgrupi vajadusele (rasedad ja sünnitusjärgsed naised). See lubab meil arvata, et raseduskriisi nõustamine täidab meditsiinisüsteemi integreerituna oma eesmärgi.

### **Hoiakud/eelarvamused psühholoogilise abi suhtes**

Varem on uuritud üldiselt psühholoogilise abi otsimist mõjutavaid tegureid ja hoiakuid erinevate sihtgruppide seas. On uuritud psühholoogilist abi otsivate inimeste kavatsuste ja hoiakute vahelisi seoseid, samuti sotsiaalse toetuse osatähtsust abi otsimisel (Seyfi jt, 2013). Vogel jt (2007) on leidnud, et eelarvamused on üheks oluliseks barjääriks psühholoogilise abi otsimisel. Ka inimeste teadmised psühholoogidest ja psühholoogilisest abist on puudulikud (Vogel jt. 2006).

Halus (2014) oma seminaritöös ei leidnud kinnitust enamikele uuritavatele eelarvamustele psühholoogilise nõustamise ja psühholoogide suhtes. Pean oluliseks samasuguse analüüsi tulemusena leida, kuidas seostuvad eelarvamused ja hoiakud raseduskriisi nõustamisele pöördumisega ning võrrelda sihtgrupi pöördumise põhjusi ajas.

Lisaks levivad ühiskonnas müüdid psühholoogilise abi osutamise ja vastuvõtmise kohta, mis omakorda tekitab väärettekujutust ja takistusi abi otsimisel (Corrigan and Penn, 1999).

Naised, kel puudub varasem kogemus psühholoogi poole pöördumisel, omavad negatiivsemaid hoiakuid abi otsimisest, psühholoogidest ja psühholoogilisest abist. (Vogel jt., 2007).

### **Raseduskriisi nõustamise vajadus**

Rasedusaegset ja sünnitusjärgset psühhosotsiaalset nõustamist on vajalikuks pidanud paljud muud uuringud maailmas, kust ilmnevad peamised valdkonnad, millega puutub kokku raseduskriisi nõustamine. Käesoleva uurimuse üheks eesmärgiks on anda ülevaade erinevatest konstruktidest raseduskriisi nõustamises ning leida seos pöördumiste põhjustega.

Eestis raseduskriisi nõustamisele pöördumiste näidustused on järgmised (Eesti Haigekassa, kuni seisuga dets. 2015):

### 1. Ante- ja postnataalse depressiooni risk

Statistikast Eesti Haigekassale on teada, et kõige sagedam raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjus on ante- ja postnataalse depressiooni risk (*2014.a. 1561 pöördumist 3912 kogu pöördumiste arvust*).

Uuringud näitavad, et naise rasedusaegne ja sünnitusjärgne depressioon vajab sekkumist, sest ema depressioon või ärevus mõjutab vastsündinut ja ema-lapse kiindumuse kujunemist, soosides lapse arengu pärssimist. Samuti mõjutab rasedusaegne depressioon raseduse kulgu.

Üks oluline aspekt rasedusaegse psühholoogilise abi olulisuses on naise ärevuse või depressiivsuse mõju paarisuhtele, kogu perekonnale, s.h. olemasolevatele lastele (Wee, jt., 2011).

Lapsevanemaks olemisega võivad kaasneda muutused paarisuhtes ning lapsevanema rolliga kohanemine võib olla raske, samas lapse arengus rõhutatakse just turvalise kiindumussuhte olulisust, mille loomine võib kõrge stressiga peres olla raskendatud.

Näiteks Velotti jt. (2011) uurisid esmakordselt lapseootel paare võrreldes veel lastetute (omal soovil) paaridega. Uurijad leidsid, et kuigi raseduse jooksul hindasid paarid oma rahulolu suhtega kõrgemaks kui veel lapsi mitte soovivad paarid, siis 6 kuud pärast lapse sündi vähenes oluliselt paarida rahulolu oma suhtega võrreldes last mitte planeerivate paaridega. Kõige suurem langus rahulolus toimus läheduse/hoolivuse väljendamisest. Samuti leidsid uurijad, et kõige halvemini kohenesid vanemliku rolliga need lapsevanemad, kes kirjeldasid ebakindlat kiindumussuhet (*insecure attachment*) nii lapsepõlves kui ka suhtes praeguse partneriga.

Hiljutine uurimus kajastab tugevat seost lapsevanema rolliga kohanemisel inimese enda

lapsepõlvetraumadega (Plant, jt., 2013). Raseduskriisi nõustamisele tulles avalduvad naiste lugudest tihti traumad lapsepõlvest ning nõustajal on võimalus klient suunata edasi teraapiasse.

## 2. Alaealine ja erivajadusega ema, pikaajaline haiglaravi

Marecek nentis juba aastal 1987, et alaealiste rasedate nõustamisel tuleb tähelepanu pöörata järgmistele eesmärkidele: õpetada kohanemisoskusi, pakkuda võimalikult palju informatsiooni ja toetust tegemaks õigeid ja võimalikult vähese kahetsustundega otsuseid seoses rasedusega, aidata raseduskriisis alaealisel näha olukorras võimalust enesearenguks ning eneserefleksiooniks.

On teada, et psühhosotsiaalne nõustamine teismeliste rasedate seas vähendab riski sünnitada madalakaaluline beebi (Sukhato, jt., 2015). Psühhosotsiaalset nõustamist praktiseeritakse ka sõltuvusprobleemidega ehk riskikäitumisega rasedate puhul (Brandon, 2014).

Porter jt. (2012) kirjeldab oma artiklis õpiraskustega erivajadusega rasedate ja emade vajadust saada adekvaatset ja neile kohandatud informatsiooni ante- ja postnataalse tervise ning tugiteenuse valikute kohta. Inglismaal on selle tarbeks loodud lihtsustatud sõnavara ja visuaalsete märkidega pakett (*Pregnancy Support Pack*), mis võimaldab erivajadusega rasedatel ja sünnitanutel teha oma valikuid tervishoiusüsteemis. Oluline roll selle paketi juures on tervishoiutöötajatel, kes abistavad õpiraskustega erivajadusega naist temale arusaadavalt langetada olulisi otsuseid seoses raseduse või sünnitusjärgsete teenustega. Pakett on oluline, sest erivajadustega naiste arv, kes soovivad emaks saada, maailmas aina kasvab ning see loob võrdsed võimalused saamaks kõiki vajaminevaid teenuseid sünnituseelsel ja –järgsel perioodil.

Erivajadusega lapse sünn tähendab naisele/perele tavaliselt pikaajalist haiglaravi sünnitusjärgsel perioodil. 2014.a. sündis Eestis 872 enneaegset last. Enneaegsete ja erivajadustega laste vanemate psühholoogilise nõustamise vajadust on Eestis uuritud varem (Toomingas, 2013) ning leitud, et varajast esmast nõustamist vajavad pered, kus sündinud lapsel on suurem arengupuue ja väiksem sotsiaalne tugivõrgustik. Leiti, et operatiivset kriisiabi nõustamist on vaja tõhusamalt siduda meditsiinisüsteemiga. 92% emadest pidasid seda väga oluliseks.

## 3. Korduvad raseduse katkemised, tüsistunud sünnitused



2014.a. esines Eestis perinataalset surma 59 korral, surnultsünde 46 ja varajast neonataalset surma 13 korral (Tervisearengu Instituut, 2015).

Franché (2001) leidis, et raseduse katkemine või loote üsasisene surm mõjutab oluliselt naiste puhul just enesetaju (*self-concept*) ning meeste puhul kohanemisprobleeme paarisuhtes (*perceived marital adjustment*). Autori kohaselt enesekriitiline (*self-criticism*) hoiak ennustas oluliselt nii naise kui mehe leina intensiivsust.

Tuginedes varasematele uurimustele tõi autor välja ka selle, et vahetu rasedus pärast kaotust on seotud suurema ärevuse ja depressiooni riskiga. Autor kirjeldab vajadust spetsiifiliste sekkumisviiside järele, mis on suunatud naiste võimalikele enese-kriitilistele hoiakute vähendamisele raseduse katkemise või loote üsasisese surma järgselt ja/või vajadusel hilisemas elus.

Enesesüüdistus on sage ilming ka tüsistunud ja traumaatiliste sünnituste puhul. Gamble, jt. (2005) uurisid sünnitusjärgse nõustamise mõju tüsistunud sünnituse järel ning leidsid, et naistel vähenesid trauma sümptomid, stressitase ja enesesüüdistus.

#### 4. Lähisuhte vägivald

Taillieu & Brownridge (2010) koostatud meta-analüüsis kirjeldati naistevastase vägivalla esinemist raseduse ajal, vägivalla mustreid ning riskifaktoreid. Erinevate uuringute põhjal on füüsilise vägivalla esinemissagedus 0,9-30%, vaimse vägivalla esinemissagedus 1,5-42% ja seksuaalse vägivalla esinemissagedus 1-3,9%.

Howard jt. (2013) koostatud meta-analüüsile tuginedes leiti, et naised, kellel esineb ante- ja/või postnataalne depressioon, on 3-5 korda suurema tõenäosusega kogenud kodust vägivalda viimase aasta, raseduse või elu jooksul üldse. Naistel, kes kogevad vägivalda raseduse jooksul, on 3 korda suurem risk postnataalsel perioodil depressiooni tekkimiseks.

Ante- ja postnataalsel perioodil ärevust ja PTSH sümptomaatikat väljendavad naised on suurema tõenäosusega kogenud kodust vägivalda. Kuna vägivalla esinemine raseduse ajal on suur risk loote, lapse ja ema tervisele ning heaolule, siis peavad autorid oluliseks märgata rohkem võimaliku koduse vägivalla esinemist. Lisaks sellele ka psühholoogiliste probleemide esinemist rasedatel antenataalse jälgimise jooksul ning spetsiaalsete sekkumisviiside väljatöötamist naise heaolu parandamiseks ante- ja postnataalsel perioodil.

Lähisuhte vägivald ja lapsevanema rolliga kaasnev stress on seotud emotsionaalse distantseerumisega lapsest, mis omakorda võib tekitada pöördumatuid kahjustusi kasvava lapse arengus (Loucks, L.A., Shaffer, A. 2014).

## 5. Planeerimata rasedused ja raseduse katkestamised

2014.a. oli Eestis kogu abortide arv 6943. (Eesti Statistikaamet, 2015). Kuigi kõik planeerimata rasedused ei ole soovimatud, on teada, et planeerimata rasedusel on oluline osa rasedusaegsel riskikäitumisel (Dott jt., 1997-2002).

Planeerimata raseduse puhul esineb sagedamini sünnitusjärgset depressiooni, rohkem füüsilisi kaebusi, vähem positiivseid emotsioone raseduse ajal ning rohkem valu ja negatiivseid emotsioone sünnitusel (Karacam jt., 2011).

2013.a. tehtud uurimus (Lippus, jt.). Eestis kinnitab, et uuringuaegne rasedus ei olnud planeeritud 22,7% -l vastanutest, mis on märkimisväärne osa. Planeerimata raseduse osakaalu vähendamise eelduseks peavad uurijad kohustuslikuks seksuaalhariduse koolis kohustuslikuks tegemist ja kvaliteetse pereplaneerimisnõustamise kättesaadavust.

## 6. Viljatus

Eestis läbisid pered 2014. a. kokku 2970 viljatusravi tsüklit (Tervisearengu Instituut, 2015). Viljatus on inimese jaoks väga laialtleviku sotsiaal-emotsionaalse mõjuga elusündmus, mis võib oluliselt mõjutada inimese enesehinnangut, tekitada ebakindlust oma sotsiaalse staatuse suhtes ning tekitada kroonilist stressi.

Darwiche jt. (2013) uurisid 57 heteroseksuaalset paari, kellel oli diagnoositud viljatus, vahetult enne viljatusravi algust ning leidsid, et ainult 73,7% naistest ja 61,4% meestest on viljatuse diagnoos emotsionaalselt "läbi töötatud".

Uurijad leidsid, et suhtega rahulolu on oluliselt seotud viljatuse diagnoosi läbitöötamise määraga ning suhtega rahulolu mõjutab partnerite toimetulekut stressirohkete elusündmustega üldiselt. Autorid näevad vajadust hinnata paaride stressi taset erinevatel ravi etappidel. Varasematele uuringutele toetudes toovad autorid välja, et diagnoosieelnev mitte-aktsepteerimine ennustab ebaõnnestunud raviprotseduuri puhul kõrgemat ärevuse taset ja depressiooni.

## 7. Väljendunud sünnitushirm, negatiivne sünnituskogemus ja muud ärevusseisundid

Fenech'i ja Thomson'i (2014) koostatud analüüsis leiti, et traumaatiline sünnituskogemus avaldab olulist psühhosotsiaalset mõju naisele ja tema lähedastele nii lühi- kui pikaajaliselt. Traumaatilise sünnituskogemuse järgselt kogesid naised paanikahooge, ärevust, viha, leina, kurvameelsust ja mõtteid surmast, mis võisid kesta aastaid. Traumakogemuse järel võib naine jääda kinni negatiivsetesse mõttemustritesse ja düsfunktsionaalsetesse toimetulekustrateegiatesse, mis võivad pikemas perspektiivis viia välja PTSH väljakujunemisele. Lisaks väljendasid naised negatiivset muutust suhtes partneriga, seksuaalsuses ning raskusi positiivse kiindumussuhte loomisel imikuga. Samuti väljendasid naised intensiivset hirmu sünnituse ees, keisrilõike soovi järgmisel sünnitusel kuni otsuseni mitte enam sünnitada.

Uuringus kirjeldatakse vajadust ennetada psühholoogilise trauma esinemist sünnitusel ning pakkuda asjakohast psühholoogial baseeruvat teenust ning sekkumist. Aastal 1994 lisati sünnitus ka DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) PTSH (*post-traumaatilise stresshäire*) väljakujunemise ühe võimalikus põhjuse hulka.

Howard jt. (2014) on koostanud meta-analüüsi selgitamaks välja mittepsühhootiliste häirete esinemissagedust ante- ja postnataalsel perioodil, nende riskifaktoreid ja võimaliku sekkumise efektiivsust koostatud uuringute põhjal. Randomiseeritud kontrollgrupi uuringud näitavad, et emade vaimne tervis paraneb/tõuseb, kui nad saavad integreeritult nii sünnitusjärgset skriiningut (märkamaks vaimse tervise probleeme) ning kui neile õpetatakse ka toimetulekustrateegiaid spetsialiseerunud tervisespetsialisti poolt.

Cole-Lewis jt. (2014) leidsid oma uurimuses, et ärevuse kogemine just kolmandal trimestril suurendab varasema sünnituse riski ning see risk väheneb, kui vähendada naise teisel trimestril esinevat ärevuse määra kolmandaks trimestriks. Seega tuginedes uuringutele võib öelda, et ärevuse kogemine raseduse erinevatel perioodidel võib avaldada erinevat mõju raseduse kestvusele ning sekkumine rasedusaegse ärevuse vähendamiseks on oluline.

Eestis on hetkel olukord selline, kus psühholoogiline abi on integreerumas meditsiinilise abiga. Üks näide sellest on raseduskriisi nõustamise teenuse pakkumine Eesti suuremate haiglate sünnitusabi pakkuvates üksustes.

Austraalias läbi viidud uuring leiab, et ämmaemanda või medõe koduviisi ajal saadav psühhosotsiaalne nõustamine mõjub positiivselt naise sünnitusele ja emarolliga kujunemisele (Kemp jt., 2013). Eesti riiklikus süsteemis ämmaemandad koduviisi ei praktiseeri, kuid suurimate rasedust jälgivate keskuste juures osutatakse raseduskriisi nõustamise teenust (Tallinnas LTKH Pelgulinna Sünnitusmaja Raseduskeskuses ja ITK Naistekliinikus, Tartus TÜ Kliinikumi Naistekliinikus, Rapla Maakonnahaigla Naistenõuandlas, Rakvere Haiglas, Põlva Haiglas, Viljandi Haiglas, Kuressaare Haiglas, Pärnu Haiglas, Lõuna-Eesti Haiglas).

Raseduskriisi nõustamist ei ole Eestis varem uuritud, küll aga on uuritud sünnituseelsel ja – järgsel perioodil psühholoogilise nõustamise vajadust (K. Madisson, 2010). Lapseootel naistel paluti valida etteantud 5 vastusevariandi hulgast neile oluline/vajalik põhjus või põhjused psühholoogilise abi poole pöördumiseks. Kirjaliku küsitluse tulemusena selgus, et raseduse ajal psühholoogilise nõustamise vajalikkus ilmnes rasedate naiste seas tähtsuse järjekorras järgnevalt:

- et toime tulla paarisuhtes toimuvate muutustega
- et toime tulla rasedusaegsete emotsioonidega
- et toime tulla vanemarolliga
- et valmistuda sünnituseks.

Kehaliste muutustega toimetuleku vajalikkust ei nimetanud ükski vastaja.

Nüüd, mil raseduskriisi nõustamise teenust on pakutud Eestis peaaegu 10 aastat, pean vajalikuks uurida psühhosotsiaalset kriisinõustamist just selle teenuse kontekstis.

Käesoleva uurimistöö eesmärk on anda ülevaade empiirilistes uurimustes vaadeldavatest konstruktidest, mis toetavad raseduskriisi nõustamise kui psühhosotsiaalse kriisinõustamise olemust ning uurida sihtgrupi subjektiivset vajadust raseduskriisi nõustamise järele ning pöördumisega seotud tegureid ning võrrelda varem tehtud uuringutega.

Tulemused antud uurimusest võimaldavad järeldada, kas rasedusega seotud spetsiifiline psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenus täidab sihtgrupile vajalikku subjektiivset eesmärki.

**Eesmärkidest lähtuvalt ja teoreetilises osas kirjeldatud uurimustele tuginedes on püstitatud järgmised hüpoteesid:**

1. Raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil pöörduvad naised raseduskriisi nõustamisele eelkõige, et toime tulla paarisuhtes toimuvate muutustega ning rasedusaegsete emotsioonidega (Madisson, 2010).
2. Suurema sotsiaalse toetusega ning teadlikkusega psühholoogilisest nõustamisest naistel on eelarvamuste/hoiakute skoorid madalamad kui nõrgema sotsiaalse toetuse ja teadlikkusega (Seyfi jt., 2013).
3. Eelneva raseduskriisi nõustamise kogemuse puudumine ja suuremad hoiakute/eelarvamuste skoorid esinevad rohkem naiste puhul, kes ei kavatsenud vajadusel pöörduda psühholoogilise abi poole (Seyfi jt., 2013).
4. Hoiakute/eelarvamuste skoorid on väiksemad naistel, kellel on eelnev kogemus raseduskriisi nõustamisega (Vogel jt., 2007).

**MEETOD**

Uurimuses osales 51 inimest, kes vastasid valimi kriteeriumile (rasedad ja kuni 6 kuud tagasi sünnitanud naised). Valimi keskmine vanus oli 29,98 aastat (min= 21;max= 44; SD=4,6)

Hariduse järgi jaotusid vastajad järgmiselt: kõrg- või rakenduskõrgharidusega 60% (n=31), keskeri- või kutseharidusega 20% (n=10), keskharidusega 18% (n=9) ja algharidusega 2% (n=1).

Vastanutest 49% olid abielus, 49% olid vabaabielus ja 1 vastanu märkis end vallaliseks.

Valimi moodustamiseks pöördusin Perekooli ja EmmedeKlubi foorumis ning sotsiaalmeedias Facebook naiste poole oma uurimistööst teavitades ning küsimustiku linki jagades. Samuti palusin meili teel uurimistöös osaleda raseduskriisi nõustamisel käivatel klientidel. Selle jaoks teavitasin teisi nõustajaid ning palusin neil olemasolevatele klientidele jagada linki küsimustikuni.

Andmeid kogusin internetikeskkonnas ([www.ankeet.ee](http://www.ankeet.ee)). Andmeid kogusin perioodil 12.oktoober – 22.november 2015.a..

Andmetöötlus toimus programmis IBM SPSS Statistics 19. Uurimistöös on kasutatud kirjeldavat statistikat. Küsimustiku usaldusväärsuse hindamiseks reliaablusnäitajat (*Cronbachi alfa*). Tunnuste omavaheliste seoste väljaselgitamiseks kasutatud sotsiaalsele uurimusele sobivat Spearmani ( $r$ ) korrelatsioonianalüüsi olulisusnivool  $\alpha=0,05$ , kus hüpoteesi tõestamiseks peab olulisustõenäosus  $p \leq \alpha$ . Juhul kui  $p > \alpha$ , kehtib nullhüpotees (puudub korrelatiivne seos).

Et teha kindlaks, kas muutujatevahelised korrelatsioonid on statistiliselt olulised, on kasutatud ühefaktorilist dispersioonianalüüsi ANOVA, mis sobib suhteliselt väikese valimiga uurimusele. Selleks, et välja selgitada milliste rühmade keskmised olulisel määral erinevad, on kasutatud *Tukey Post Hoc testi*, mis on sobiv antud valimi hulga.

Andmete kogumiseks kasutasin küsimustikku (vt. Lisa A), mis koosnes järgmistest osadest:

### **Originaalküsimused**

Uurimuses osalejad vastasid järgnevate teemadega seonduvatele küsimustele:

- Sotsiaaldemograafilised andmed (vanus, haridus, perekonnaseis)
- Varasem kogemus raseduskriisi nõustamisega ning rahulolu sellega
- Naiste hinnang vajadusele saada raseduskriisi nõustamist
- Naiste kavatsus pöörduda raseduskriisi nõustaja/psühholoogi poole

**Sotsiaalse toetuse küsimustik** (*The Social Support Questionnaire* (TSS), Sarason et al., 1987; Tina, 1999). Küsimustik mõõdab sotsiaalset toetust, mida väljendatakse kahe näitajaga: keskmine inimeste arv, kes võiksid pakkuda abi ja tuge kriitilistes situatsioonides ja keskmine rahulolu hinnang antud olukorraga. Küsimustik koosneb seitsmest küsimusest. Vastajatel paluti üles lugeda need inimesed, kes võiksid pakkuda sotsiaalset toetust ning hinnata rahulolu antud olukorraga Likerti 6-pallilisel skaalal vahemikus „väga rahulolematu“ kuni „väga rahul“. Näiteks „Kes on need, keda Sa võid tõesti usaldada, kui sa vajad abi?“.

**Valikvastustega hoiakuid/eelarvamusi uuriv osa.** Koostatud on 10 väidet enamlevinud hoiakute ja arvamuste kohta psühholoogilise abi kohta raseduse ja sünnitusjärgse perioodi ajal. Hoiakuid ja arvamusi on kogutud järgnevalt – kõikidel raseduskriisi nõustajatel paluti üles lugeda vabas vormis e-kirja teel enamlevinud arvamused ja hoiakud raseduskriisi

nõustamise ja üldiselt psühholoogilise abi kohta, lähtudes nende töökogemusest klientidega. Lisatud on hoiakuid eelnevas uurimuses (Halus, 2014) kasutatud väidete näol. Küsimustik põhineb Likerti 5-pallilise skaalal, kus „1“ tähendas väitega täielikku mittenoostumist ja „5“ väitega absoluutselt nõustumist.

## **TULEMUSED**

### **1. Teadlikkus**

92,2% (n=47) vastajatest olid raseduskriisi nõustamisest teadlikud, 7,8% (n=4) ei olnud teenusest kuulnud. Neist 37,3% (n=19) olid teenust kasutanud, 62,7% (n=32) ei olnud. Vanuse ja teadlikkuse vahel on tugev positiivne korrelatsioon Spearmani kordaja järgi ( $r=0,945$ ).

### **2. Kogemus**

Raseduskriisi nõustamist saanud ja teenusega rahulolu protsendid jaotusid järgmiselt: 15,79% (n=3) ei jäänud rahule; 5,26% (n=1) ei osanud öelda ja 78,95% (n=15) olid teenusega rahul.

### **3. Kavatsus pöörduda**

Skaalal 1-5, kus 1= "kindlasti ei pöörduks" ja 5= "kindlasti jah", oli vastajate keskmine tulemus  $M=3,8$  ( $SD=0,857$ ). Muu psühholoogilist abi pakkuva spetsialisti poole pöördumise tõenäosuse keskmine  $M=3,12$  ( $SD=0,864$ ).

Spearmani korrelatsioonianalüüsi kohaselt on raseduskriisi nõustaja poole pöördumise tõenäosuse ja varasema kogemus vahel negatiivne seos ( $r=-0,365$ ,  $p<0,01$ ). Dispersioonianalüüs ANOVA näitab saadud tulemuse olulisust [ $F(1, 49)=6,132$ ,  $p=0,017$ ]. Kuna  $p<0,05$ , on saadud tulemus statistiliselt oluline. Teenust kasutanud naised hindasid pöördumise tõenäosust tunduvalt kõrgemaks [ $M=4,21$  ( $SD=0,855$ )] kui naised, kes ei olnud varem nõustaja poole pöördunud [ $M=3,63$  ( $SD=0,793$ )].

Muu psühholoogilist teenust osutava spetsialisti poole pöördumise tõenäosus aga ei ole mõjutatud eelnevast kogemusest. Spearmani  $r=0,025$  ( $p=0,863$ ), mis näitab peaaegu olematut korrelatsiooni.

#### 4. Pöördumise põhjused

Pöördumise (võimalikke) põhjuseid oli valida 5, lisaks võimalus lisada muu põhjus. Antud põhjuseid valiti järgmiselt:

- Rasedusaegsete emotsioonidega toime tulemist märkis 60,8% (n=31) vastajatest, paarisuhtes toimuvate muutustega toimetulekut 41,2% (n=21), vanemarolliga toime tulemist 43,1% (n=22), sünnituseks valmistumist 29,4% (n=15) ja toime tulemist keha muutustega 19,6% (n=10).

Vastuse juures *Muu põhjus* sisuliselt kirjeldatakse nõustamise vajadust seoses tüsistunud sünnituse, haige lapse sünni, raseduse kaotuse ja erinevate suhteprobleemidega.

#### 5. Rahulolu kogemusega ja teenuse olulisus

Raseduskriisi nõustamise teenuse kättesaadavust naistele pidasid oluliseks 94,1% vastajatest (n=48), 5,9% (n=3) polnud kindlad ning "ei" ei öelnud sellele keegi.

#### 6. Sotsiaalne toetus

Vastajatelt paluti loetleda kuni 8 inimest, kes neid toetavad erinevates situatsioonides. 7 erinevat situatsiooni oli küsimustikus kirjeldatud ning iga situatsiooni kohta pidi vastavaja hindama oma rahulolu sotsiaalse toetusega. Inimestest, kellelt tuge saadi, oli ülekaalukalt enim nimetatud abikaasa/elukaaslane/partner. Loetelule järgnesid ema, sõbrannad, sugulased, töökaaslased jne. nimetamise sageduse järgi.

Käesolevas uurimuses oli sotsiaalse toetuse rahulolu skaala Cronbachi  $\alpha=0,817$ .

Antud väidetest kõige kõrgema rahuloluskooriga olid väited "Kes on need, kes vaatamata kõigele jäävad Su kõrvale püsima?" ( $M=5,14$ ,  $SD=0,96$ ) ja "Kes on need, kes Sind tõeliselt armastavad?" ( $M=5,16$ ,  $SD=1,138$ ). Kõige madalam oli tulemus väitel "Kes on need, kes aitaksid Sul rasketes olukordades närvipingest vabaneda?" ( $M=4,57$ ,  $SD=1,118$ ).

#### 7. Hoiakud

Viimaks küsiti vastajatelt nende arvamust üldlevinud hoiakute/eelarvamuste kohta psühholoogilise abi suhtes. Antud uurimuses on Cronbachi  $\alpha=0,737$ .

Kõige rohkem oldi nõus väitega, et „Raseduskriisi nõustaja poole pöördumine tähendab suurt kriisi“ ja et „Rasedusega on midagi halvasti“ ( $M=2,63$ ,  $SD=1,42$ ).

Kõige vähem nõustuti kahe väitega, mille puhul olid keskmised  $M=1,31$ , vastavalt ( $SD=0,648$ ) väitel "Psühholoogilise abi saamine alavääristab inimest" ja ( $SD=0,547$ ) väitel "Nõustaja/psühholoog lahendab minu probleemi. Mina ise ei pea midagi tegema". Täiesti ei nõustunud nende väidetega keegi.



Väite „Nõustaja/psühholoog lahendab minu probleemi. Mina ise ei pea midagi tegema“ puhul ilmnes statistiliselt oluline erinevus naiste vahel, kes on raseduskriisi nõustamise teenust kasutanud ( $M=1,16$ ,  $SD=0,375$ ) ja nende vahel, kes ei ole ( $M=1,41$ ,  $SD=0,615$ ); [ $F(1, 49)=2,59$ ,  $p=0,02$ ].

Dispersioonianalüüs ANOVAGA näitas suurimat erinevust väite "Psühholoogiline abi alavääristab inimest" puhul [ $F(1, 49)=5,29$ ,  $p<0,05$ ]. Suhteliselt kõrge skoor oli ka väitel "Ma pean ise oma murega hakkama saama" [ $F(1, 49)=3,69$ ,  $p=0,06$ ]. Kõige väiksem erinevuse näitaja oli väitel "Nõustaja/psühholoog lahendab minu probleemi. Mina ise ei pea midagi tegema" [ $F(1, 49)=0,058$ ,  $p<0,05$ ].

Raseduskriisi nõustamise varasema kogemuse ja hoiakute/eelarvamuste vahel esines Spearmani järgi positiivne korrelatsioon ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ).

Andmetest ilmneb, et naistel, kellel on varasem kogemus nõustamisega, on hoiakute keskmised tulemused madalamad kui neil, kellel varasem kogemus puudub. Näiteks väitel "Minu probleem pole piisavalt suur/tähtis, et raisata spetsialisti aega" on  $M=1,42$  ( $SD=1,017$ ,  $p<0,05$ ) naistel, kellel on varasem kogemus ja  $M=2,25$  ( $SD=1,164$ ,  $p<0,05$ ) naistel, kellel pole varem psühholoogilise nõustamisega kokkupuudet olnud. Erandiks olid väited "Ma pean ise oma murega hakkama saama", "Võõras inimene ei saa mind aidata" ja "Nõustaja/psühholoog soovib mulle/mõjutab mind tegema midagi, mis mulle ei meeldi/ei sobi/ei taha".

Dispersioonianalüüs ANOVAGA näitas statistiliselt olulist erinevust väite "Minu probleem pole piisavalt suur/tähtis, et raisata spetsialisti aega" puhul [ $F(1, 49)=6,62$ ,  $p=0,013$ ].

Negatiivne korrelatsioon ( $r=-0,33$ ,  $p=0,018$ ) esines hoiakute ja tõenäolise pöördumiskavatsuse vahel, st. mida tõenäolisemaks pidasid naised vajadusel nõustaja poole pöördumist, seda madalamad olid nende hoiakute skoorid. Statistiliselt olulised erinevused esinesid väidete "Psühholoogilise abi saamine alavääristab inimest" [ $F(3, 47)=1,07$ ,  $p<0,05$ ] ja "Võõras inimene ei saa mind aidata" [ $F(3, 47)=2,63$ ,  $p<0,05$ ] juures. Post Hoc testi järgi on tulemused statistiliselt olulised,  $p<0,05$ .

Psühholoogilisest nõustamisest teadlikkuse ja hoiakute vahel esines nõrk positiivne seos ( $r=0,209$ ), aga see ei olnud statistiliselt oluline,  $p=0,141$ . Dispersioonianalüüs tuvastas statistiliselt olulise seose väite "Psühholoogilise abi saamine alavääristab inimest" puhul [ $F(1, 49)=5,29$ ,  $p=0,026$ ].

Spearmani korrelatsioonianalüüsi kohaselt esineb statistiliselt oluline tugev negatiivne seos sotsiaalse toe ja üldlevinud hoiakute/eelarvamustega nõustumise vahel ( $r=-0,43$ ,  $p=0,02$ ), ning nõrk negatiivne korrelatsioon hariduse ja hoiakute vahel ( $r=-0,112$ ;  $p>0,05$ ).

## ARUTELU JA JÄRELDUSED

Töös esitatud hüpoteesid kajastusid järgmiselt:

Hüpotees nr. 1 sai kinnituse, et raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil pöördusid naised raseduskriisi nõustaja poole eelkõige, et toime tulla paarisuhtes toimuvate muutustega ning rasedusaegsete emotsioonidega. Väljatoodud esimesed kolm tähtsamat vajadust nõustamise järele kattuvad Madissoni 2010.a. uurimuses küsitletud sihtgrupi arvamusega, ainult erinevas tähtsuse järjekorras. Järelikult naiste vajadus ja pöördumiste põhjused psühholoogilise abi osas pole muutunud viimase 5 aastaga ning samade põhjustega pöörduvad/pöördusid naised tänagi raseduskriisi nõustaja poole, mis lubab järeldada teenuse eesmärgipärasust.

Hüpotees nr. 2 ei saanud täielikku kinnitust. Suurem teadlikkus raseduskriisi nõustamisest esineb küll koos madalamate hoiakute skooridega, kuid see pole statistiliselt oluline näitaja. Negatiivne seos hoiakute ja sotsiaalse toetuse vahel aga tähendab, et mida kõrgem oli naise rahulolu sotsiaalse toetusega, seda vähem oldi nõus hoiakute/eelarvamustega.

Kui vaadelda isikuid, keda naised pidasid sotsiaalse toe puhul olulisteks, siis võib järeldada, et nende lähitugisüsteem on olnud muutumatu viimase 5 aasta jooksul, kuna sarnased tulemused on esinenud ka varasemas uuringus. Kuna naised olid kõige vähem rahul toetusega nende poolt, kes aitaksid neil rasketes olukordades närvipingest vabaneda, võib järeldada, et vaatamata armastuse ja lojaalsuse olemasolule, võivad nad kriisiolukordades vajada toetust väljaspool nende tugisüsteemi.

Kuna antud küsimustik ei võimaldanud leida põhjuslikke seoseid, võiks edasi uurida, kas ja kuidas sotsiaalne toetus mõjutab eelarvamusi psühholoogilise abi kohta. Kas lähedaste inimeste toetus rasketel perioodidel võib mõjutada naise üldisi hoiakuid ka professionaalse psühholoogilise abi suhtes?

Hüpotees nr. 3 sai kinnituse. Neil, kellel polnud eelnevat kogemust raseduskriisi nõustamisega, pöördusid ka edaspidi väiksema tõenäosusega. Kõrgemad elarvamuste/hoiakute skoorid on naistel, kes pöördusid psühholoogilise abi poole vähema tõenäosusega. Antud tulemus kattub ka eelnevate uuringutega. Enamus raseduskriisi nõustamisest teadlikud naised olid ka kasutanud teenust (omasid kogemust) ning pöördusid suurema tõenäosusega vajadusel uuesti, kes omakorda pidasid raseduskriisi

nõustamise teenuse kättesaadavust olulisemaks. Eelneva põhjal võib järeldada, et positiivne kogemus abi saamisel julgustab inimest abi otsima ka edaspidi.

Hüpotees nr. 4 sai kinnituse. Siiski esines märgatav (statistiliselt oluline) erinevus väitel "Minu probleem pole piisavalt suur/tähtis...", mille skoor oli madalaim neil, kel pole varasemat kogemust raseduskriisi nõustamisega. Edaspidi võiks uurida, kas ja kuidas nõustamiskogemus vähendab teatud eelarvamusi ning uurida üldiselt eelarvamuste/hoiakute päritolu või väljakujunemist psühholoogilise abi suhtes. See annaks eelise püüda muuta teatud negatiivseid hoiakuid ühiskonnas.

Hoiakute tulemustest julgen järeldada, et raseduskriisi nõustamisele tulevad kliendid on pigem motiveeritud ise oma probleemidele lahendusi otsima, vastutavad oma valikute eest ise. Nõustamisele tulemine iseenesest ongi ju lahenduse otsimine.

Hoiakute/eelarvamuste puhul küsimustikus julgen olla kriitiline väidete valikul. Paluti küll raseduskriisi nõustajatel kirjeldada enim oma töös kuulnud eelarvamusi naiste poolt, kuid alati peab arvestama subjektiivsusega.

Kui Halus (2014) oma töös leidis tugeva seose hariduse ja eelarvamuste vahel, siis antud uurimuses ei olnud sellel märkimisväärset seost.

Kuna vanuse kasvades kasvas ka teadlikkuse skoor nõustamisest, siis peab uurima, mis selle põhjuseks võib olla ning leida võimalus ka nooremate naiste teadlikkust tõsta.

Uurimuse piiranguks võibki lugeda valimi väiksust, samuti selle koosnevust. Seetõttu pean vajalikuks järgnevate uurimuste jaoks kutsuda valimisse naised, kel sünnitusest möödas rohkem kui 6 kuud, soovitavalt 1-3 aastat, võrdlemaks vajadust psühholoogilise toe järele, kui sünnitusest möödas rohkem aega. See annaks parema arusaamist teenuse vajadusest.

Lisainformatsiooni annaks meile ka gruppidevaheline võrdlus (sünnituseelne ja –järgne periood, s.t. rasedad ja äsjasünnitanud), mida käesolev valim ei võimaldanud eristada. Samuti lisaksin valimisse pere planeerivad naised (mitte-rasedad), kes kuuluvad raseduskriisi nõustamise konteksti oma pöördumiste põhjustega (paarisuhted, viljatus).

Enamus vastanutest, kes kunagi olid saanud raseduskriisi nõustamist, olid teenusega rahul. Andmed SA Väärtustades Elu kodulehel kinnitavad rahulolu ülekaalu, kui paluti 2014-2015 perioodil hinnata raseduskriisi nõustamisega rahulolu 5-palli süsteemis ning 86% vastanutest hindasid rahulolu heaks ja väga heaks (4 ja 5 palli).

Pean oluliseks edaspidi uurida raseduskriisi nõustamise teenusega rahulolu naistearstide ja ämmaemandate seas. Enamikel juhtudel just nemad märkavad naiste nõustamisvajadust ning tegelevad naise jälgimisega ka nõustamisjärgsel perioodil. Meditsiinipersonali rahulolust sõltub edaspidi ka naise informeeritus teenusest ning pöördumise kavatsus.

Sihtgrupi vajadusi, kavatsusi ja hoiakuid ei ole raseduskriisi nõustamise kui psühhosotsiaalse kriisinõustamise kontekstist Eestis varem uuritud. Esmajoones pakub antud uurimus ülevaadet empiirilistes uurimustes käsitlevatest konstruktidest, mis toetavad raseduskriisi nõustamise olemust, sünnituseelse ja –järgse psühholoogilise abi vajalikkust, ning sünnitusjärgse vaimse tervise tähtsust.

Praktilist väljundit pakub võimalus, et antud uurimuse tulemusi saab kasutada teenuse arendamiseks, et toetada integreerumist meditsiinisüsteemi ja kättesaadavust.

Uurimistöö võiks olla idee alguseks Eestis viia läbi laiaulatuslikum uuring, kaardistada kliendi ja teenusepakkujate vajadused ning koostada juhised vaimse tervise teenuse osutamise osas sünnituseelsel ja -järgsel perioodil.

Käesolevat uurimistööd saavad infoallikana kasutada lisaks psühholoogidele ja raseduskristisi nõustajatele ka ämmaemandid, günekoloogid ja perekeskuste töötajad. Pere- ja sünnituskeskustes on vajalik korraldada psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenusest koolitusi, samuti ülikoolides arstidele ja ämmaemandatele vastava sisuga loenguid.

Kokkuvõtlikult võib uurimistööst teha järgnevad järeldused:

- 1) Raseduskriisi nõustaja poole pöörduakse naistele vajalikel põhjustel toetamaks nende toimetulekut
- 2) Eelarvamused/hoiakud ei ole omavahel seotud teadlikkusega raseduskriisi nõustamisest, kuid on seoses sotsiaalse toetuse, eelneva kogemuse ja kavatsusega tulevikus pöörduda psühholoogilise abi poole.
- 3) Eelnev kogemus on seotud kavatsusega tulevikus vajadusel pöörduda psühholoogilise abi poole ning hoiakutega selle kohta.

## KIRJANDUSE LOETELU

Brandon, A.R., (2014) „Psychosocial interventions for substance use during pregnancy“, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Vol 28(3), Jul-Sep, 2014. pp. 169-177.

Ciarrochi, J., Wilson, C., Deane, F., Rickwood, D. (2004) Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Couns Psychol Q* 2004, 16(Suppl 2):103–120.

Cole-Lewis, H. J., Kershaw, T. S., Earnshaw, V. A., Yonkers, K. A., Lin, H., & Ickovics, R. (2014). Preganancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychology*, 33, 1033-1045.

Corrigan, P.W., Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychologyon discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.

Darwiche, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex P., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2013). Couples' Resolution of an Infertility Diagnosis Before Undergoing in Vitro Fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72, 91-102.

Dennis, C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *British Medical Journal*, 331:15.

Dott, M., Rasmussen, S.A., Hogue, C.J., Reefhuis, J. Association between pregnancy intention and reproductive health related behaviors before and after pregnancy recognition, national birth defects prevention study, 1997–2002. *Matern Child Health J* 2010;14:373–81.

Eesti Haigekassa ja SA Väärtustades Elu vaheline tervisedenduse projekt „Raseduskriisi nõustamine“ perioodil jaan.-dets.2015. [www.save.ee/projektid](http://www.save.ee/projektid). Viimane külastuse päev 08.01.2016.

Eesti Statistikaameti Andmebaas [www.stat.ee](http://www.stat.ee), viimane külastuse kuupäev 07.01.2016.

Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30, 185–193.

- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. USA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Franché, R.-L. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 597-602.
- Gagnon A.J. (2000). Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000;4:CD002869.
- Gamble, J. Et al (2005). Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Blackwell Publishing, BIRTH*32:1.
- Halus, G. (2014). Enesestigma ja eelarvamuste seos psühholoogilise abi otsimisega. *Seminaritöö, Tartu Ülikool*.
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and MetaAnalysis. *PLoS Med* 10(5): e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775–1788.
- Karaçam Z, Önel K, Gerçek E. (2011). Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery* 2011;27:288–93.
- Kemp, L. et al (2013). Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: Process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 69(8), Aug, 2013. pp. 1850-1861.
- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research*. Jun2007, Vol. 33 Issue 3, p333-340.
- Lippus, H., Laanpere, M., Tuisk, T., Karro, H. (2013). Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis. *Eesti Arst* 2013; 92(5):253–260
- Loucks, L.A., Shaffer, A. (2014). Joint relations of intimate partner violence and parenting stress to observed emotionally unsupportive parenting behavior. *Couple and Family*

*Psychology: Research and Practice* © 2014 American Psychological Association 2014, Vol. 3, No. 3, 178–192

Madisson, K. (2010). Lapseootel paaride hinnang rasedusaegse psühholoogilise nõustamise vajalikkusest rasedale naisele. *Seminaritöö, Tallinna Ülikool*.

Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, F. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health, 12*(4), 373-380.

Marecek, J. (1987). Counseling adolescents with problem pregnancies. *American Psychologist, January 1987, p.89-93*.

Miville, M.L., Constantine M.G. (2006). Sociocultural predictors of psychological help-seeking attitudes and behavior among Mexican American college students. *Cult Divers Ethn Min 2006, 12 (Suppl 3):420–432*.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. ISBN: 978-1-4731-0875-2, (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>), viimane külastuse kuupäev 07.01.2016.

Plant, D.T., Barker, E.D., Waters, C.S., Pawlby, S., Pariante, C.M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: The role of antenatal depression. *Psychological Medicine, Vol 43*(3), Mar, 2013. pp. 519-528.

Porter, E., Kidd, G., Murray, N., Uytman, C., Spink, A., Anderson, B. (2012). Developing the pregnancy support pack for people who have a learning disability. *British Journal of learning disabilities (40)*, p.310-317.

Rizzo, V.M., Abrams, A. (2000). Utilization Review: A Powerful Social Work Role in Health Care Settings . *Health & Social Work. Nov2000, Vol. 25 Issue 4, p264. 6p*.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 52*, 813-832.

Seyfi, F., Poudel, K.C., Yasuoka, J., Otsuka, K., Jimba, M. (2013). Intention to seek professional psychological help among college students in Turkey: influence of helpseeking attitudes. *BMC Research Notes 2013, 6:519*.



Sihtasutus Väärtustades Elu koduleht [www.rasedus.ee](http://www.rasedus.ee) , viimane külastuse kuupäev 07.01.2016.

Sukhato, K., et al (2015). Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 2015-10-01, Volume 44, Pages 106-116.

Taillieu, T. L., Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 14-35.

Tervise Arengu Instituut, Tervisestatistika ([www.tai.ee](http://www.tai.ee) ), viimane külastuse kuupäev 07.01.2016.

Tina, A. (1999). Sotsiaalne toetus kui ressurss inimese toimetuleku soodustamiseks. *Bakalaureusetöö, Tartu Ülikool*.

Toomingas, E. (2013). Kogemusnõustamise kui hingehoiutöö vajadused ja võimalused SA TÜK Lastekliiniku näitel. *Tartu Teoloogia Akadeemia lõputöö*.

Velotti, P., Castellano, R., & Zavattini, G. C. (2011). Adjustment of couples following childbirth: the role of generalized and specific states of mind in an Italian Sample. *European Psychologist*, 16, 1–10.

Vogel, D.L., Wester, S.R., Wei, M., Boysen, G.A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52,(Suppl 4):459–470.

Vogel, D.L., Wade, N.G., Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking for psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337.

Vogel, D.L., Wester, S.R., Larson, L.M. (2007). Avoidance of counseling: psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling and Development*, 85, 410-422.

Wee, K.Y. et al. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 130 (2011) 358–377.



## LISA A

Lugupeetud vastaja,

Kutsun Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on selgitada, milline on raseduskriisi nõustamise subjektiivne vajadus ning tegurid, mis mõjutavad psühholoogilise abi otsimist sünnituseelsel ja –järgsel perioodil.

See uuring on osa minu Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudis valmivast seminaritööst, mille juhendajaks on Kaia Kastepõld-Tõrs.

Ma palun oma uuringusse osalema naisi, kes on käesoleval hetkel lapseootel või on kuni 6-kuu vanuste laste emad.

Küsimustike täitmine võtab aega orienteeruvalt 15-30 minutit. Uuring on anonüümne ning selle käigus kogutud andmed avaldatakse üldistatud kujul. Vastajate isik ja konkreetsed vastused ei ole tuvastatavad. Uuringus osalemine on **vabatahtlik**, soovi korral võite uuringus osalemisest loobuda igal ajahetkel. Uuringusse puutuva lisainfo saamiseks pöörduge uuringu teostaja, Kairi Tozen-Pütsepp`a poole ([kairi@rasedus.ee](mailto:kairi@rasedus.ee)).

### ANKEET

**Vanus**.....

**Haridus** (tee rist vastavas lahtris)

☐Alg- või põhiharidus ☐Keskharidus ☐Keskeri- või kutseharidus ☐Kõrg- või rakenduskõrgharidus

**Perekonnaseis** (tee rist vastavas lahtris)

☐Vallaline või üksikvanem

☐Vabaabielus või kooselus

☐Abielus

**Kas olete teadlik raseduskriisi nõustamise teenusest?** ☐ JAH ☐ EI

**Kas olete kunagi kasutanud raseduskriisi nõustamise teenust?** ☐ JAH ☐ EI

**Kui teil peaks tekkima kunagi (kas uuesti või esmakordselt) vajadus psühholoogilise nõustamise järele raseduse või sünnitusjärgse perioodil ajal (palun tõmmake numbrile ring ümber)**

1)kas pöörduksite raseduskriisi nõustaja poole?

1-kindlasti mitte; 2-tõenäoliselt mitte; 3-võib-olla; 4-tõenäoliselt jah; 5- kindlasti jah

2)kas pöörduksite mõne muu psühholoogilist teenust osutava spetsialisti poole?

1-kindlasti mitte; 2-tõenäoliselt mitte; 3-võib-olla; 4-tõenäoliselt jah; 5- kindlasti jah

**PALUN VALIGE PÕÖRDUMIS(t)E PÕHJUS(ed). JUHUL, KUI TE SIIANI EI OLE TEENUST KASUTANUD, SIIS MIS PÕHJUSTEL PÕÖRDUKSITE (võite valida mitu põhjust)**

☐Et toime tulla rasedusaegsete emotsioonidega

☐Et toime tulla paarisuhtes toimuvate muutustega

☐Et toime tulla vanemarolliga

☐Et valmistuda sünnituseks

☐Et toime tulla keha muutustega

☐Muu põhjus.....(palun kirjutada põhjus)

**Kuidas hindate rahulolu oma kogemusest (juhul kui teil on see kogemus olnud) raseduskriisi nõustamisega? (Palun tõmmake numbrile ring ümber)**

1 - ei jäänud rahule      2 - ei oska öelda      3 - jäin rahule

**Kas peate vajalikuks/oluliseks raseduskriisi nõustamise teenuse kättesaadavust naistele raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil?**

☐ JAH      ☐ EI OSKA ÖELDA      ☐ EI

**Küsimused Teie jaoks oluliste inimeste mõistmise ja toetuse kohta**

Järgnevalt on esitatud 7 küsimust nende inimeste kohta Sinu lähikonnas, kes võivad Sind oma mõistmise ja toetusega aidata. Igal küsimusel on kaks osa.

Esmalt nimeta palun **ükshaaval** need inimesed (v.a. Sina ise), **kellelt võid eri puhkudel abi loota**. Kirjuta, kes see inimene Sulle on ja tema eesnime täht (vt. näide). Üle üheksa inimese ei maksa ühe küsimuse puhul loetleda.

Teiseks, hinda 1-st kuni 6-ni, **kui rahul Sa antud olukorras saadud toetusega oled**.

Tõmba vastava küsimuse järel olevale sobivale numbrile ring ümber.

**Kui Sulle tundub, et Sind keegi ei aita**, tee rist kastikesse “mitte keegi” ees ja **hinda siiski, kui rahul või rahulolematu Sa sel juhul oled**. Palun loe iga küsimust tähelepanelikult ja vasta nii hästi kui suudad.

**Näide:**

**Kellele võid Sa usaldada infot, mis võiks Sulle muidu tüli põhjustada?**

- ☐ mitte keegi
- 1) vend      2) sõber      3) sõbranna      4) vanaema
- 5) isa      6) sõber      7) tööandja      8) onu      9) )

**Kui rahul Sa antud olukorraga oled?**

1 3 4 5 6

Vastamiseks kasuta palun järgmist skaalat:

- 1 väga rahulolematu
- 2 üsna rahulolematu
- 3 pigem rahulolematu kui rahul
- 4 pigem rahul kui rahulolematu

**5 üsna rahul**

**6 väga rahul**

**PALUN ALUSTA.**

**1. Kes on need, keda Sa võid tõesti usaldada, kui Sa vajad abi?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)  
keegi

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
.....  
Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6 .....

**2. Kes on need, kes aitaksid sul rasketes olukordades närvipingest vabaneda?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)  
keegi

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
.....  
Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6 .....

**3. Kes on need, kes võtavad Sind sellisena nagu Sa oled, koos kõigi Sinu vooruste ja puudustega?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)  
keegi

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
.....  
Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6 .....

**4. Kes on need, kes vaatamata kõigele jäävad su kõrvale püsima?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)

.....

*keegi*

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
 Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

**5. Kes on need, kes võivad aidata sul enesetunnet tõsta, kui sa end läbinisti kehvasti tunned?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)  
*keegi*

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
 Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

**6. Kes on need, kes võiksid Sind lohutada, kui Sa endast väljas oled?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)  
*keegi*

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
 Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

**7. Kes on need, kes Sind tõeliselt armastavad?**

☐ mitte 1) 2) 3) 4)  
*keegi*

5) ..... 6) ..... 7) ..... 8) ..... 9) .....  
 Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

**Järgnevalt on Teie ees väited, mis kirjeldavad enamlevinud arvamusi psühholoogilise abi kohta raseduse ja sünnitusjärgse perioodi ajal. Palun hinnake iga väite sobivust kuivõrd Te sellega nõustute.**

**Kasutage selleks alljärgnevat skaalat: 1- üldse ei ole nõus 2- pigem ei ole nõus 3- ei oska öelda 4- pigem nõus 5- täiesti nõus. Tehke sobivale vastusevariandile ring ümber.**

1. Psühholoogilisel nõustamisel ilmneb asjaolu, et pean võtma antidepressante/rahusteid ning see kahjustab rasedust või rinnaga toitmist

**1 2 3 4 5**

2. Ma pean ise oma murega hakkama saama

**1 2 3 4 5**

3. Võõras inimene ei saa mind aidata

**1 2 3 4 5**

4. Nõustaja/psühholoog soovitab mulle/ mõjutab mind tegema midagi, mis mulle ei meeldi/ei sobi/ ei taha

**1 2 3 4 5**

5. Nõustaja/psühholoog lahendab minu probleemi. Mina ise ei pea midagi tegema

**1 2 3 4 5**

6. Minu probleem pole piisavalt suur/tähtis, et raisata spetsialisti aega

**1 2 3 4 5**

7. Psühholoogilise abi järele pöörduvad vaid psüühiliste häiretega inimesed

**1 2 3 4 5**

8. Psühholoogilise abi saamine alavääristab inimest

**1 2 3 4 5**

9. Ainult nõrk ja abitu inimene otsib psühholoogilist abi

**1 2 3 4 5**

10. Raseduskriisi nõustaja poole pöördumine tähendab, et mul peab olema suur kriis või midagi halvasti seoses rasedusega

**1 2 3 4 5**

**PALUN KIRJUTAGE OMAPOOLSEID MÕTTEID, MIS SEOSTUB TEIL  
SÕNAGA „RASEDUSKRIIS“**

.....

.....

.....

.....

**SUUR TÄNU VASTAMAST!**

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele. Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Kairi Tozen-Pütsepp